

様式第 5 号（第 6 条関係）

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 所在地

事業所名

代表者氏名 ⑩

電話番号

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付請求書（事業所用）

高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり高松市骨髄等移植ドナー支援事業助成金を請求します。

請 求 額 \_\_\_\_\_ 円

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協			支店・出張所 支所
	フリガナ		預金種目	普通 当座	
	口座名義人		口座番号		

※ 印鑑は申請書に押印したものと同一のものを使用してください。